

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 231

ÉTUDE SOMMAIRE
SUR
L'ASSISTANCE AUX ALIÉNÉS
DANS LES COLONIES
(PRINCIPES GÉNÉRAUX)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 25 Juin 1925

PAR

Paul MOSKOVITCHENKO

né à KHERSON (Russie) le 11 décembre 1891



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1925

**ÉTUDE SOMMAIRE SUR L'ASSISTANCE AUX ALIÉNÉS
DANS LES COLONIES**

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 231

ÉTUDE SOMMAIRE
SUR
L'ASSISTANCE AUX ALIÉNÉS
DANS LES COLONIES
(PRINCIPES GÉNÉRAUX)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 25 Juin 1925

PAR

Paul MOSKOVITCHENKO

né à KHERSON (Russie) le 11 décembre 1891



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1925

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. H. HUGOUNENQ
Doyen M. J. LÉPINE.
Assesseur M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
	TIXIER.
	BERARD.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	COMMANDEUR.
Clinique ophtalmologique	ROLLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	NICOLAS.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	LÉPINE (J.).
Clinique des maladies des enfants.....	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des femmes.....	VILLARD.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LANNOIS.
Clinique des maladies des voies urinales.....	ROCHET.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	NOVE-JOSSERAND
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	CLUZET.
Chimie biologique et médicale.....	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie.....	MOREL.
Matière médicale et Botanique.....	BRETIN.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	GUIART.
Anatomie	LATARJET.
Histologie	POLICARD.
Physiologie	DOYON.
Pathologie interne	COLLET.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	X.
Anatomie pathologique	PAVIOT.
Chirurgie opératoire.....	PATEL.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	ARLOING (F.).
Médecine légale	Etienne MARTIN.
Hygiène	COURMONT (P.).
Thérapeutique, Hydologie et Climatologie.....	PIC.
Pharmacologie	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale	BARRAL.
— — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Orthopédie	MM. LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT (Léon)	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien).	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. LÉPINE, président ; GARIN, assesseur ;
FROMENT et SAVY, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR LÉPINE

*Doyen de la Faculté de Médecine de Lyon,
Professeur de Neuro-Psychiatrie,
Chevalier de la Légion d'Honneur.*

Depuis le jour où les portes de l'Université de Lyon nous ont été ouvertes, il n'a cessé de nous prodiguer son encouragement et sa bienveillante sollicitude.

Nous lui devons le sujet de ce travail pour lequel il ne nous a ménagé ni son temps, ni ses précieux conseils.

Aussi tout notre respectueux dévouement, dont nous le prions de bien vouloir agréer l'expression, ne sera qu'un faible témoignage de notre profonde reconnaissance.

AVANT-PROPOS

Au moment où nous soumettons à nos juges ce travail qui clôture notre scolarité médicale, il nous reste un devoir, doux à remplir, à l'égard de nos Maîtres et de tous ceux dont l'appui moral nous a permis de terminer nos études.

Monsieur Cavalier, Recteur de l'Académie de Lyon, a les plus grands droits à notre reconnaissance. Nous le prions de bien vouloir agréer l'expression de notre profonde gratitude.

Nous ne saurons oublier ici Monsieur le Professeur Th. Whittemore et Mōnsieur le Professeur Patouillet, à qui nous adressons nos sincères et dévoués remerciements.

Madame Monod-Lafargue, Secrétaire du Comité du Patronage, s'est toujours intéressée à notre effort. Avec une sollicitude constante, elle nous est venue en aide dans maintes circonstances difficiles. Toute notre gratitude lui est acquise, et nous la prions très respectueusement de bien vouloir agréer l'hommage de notre très profonde reconnaissance.

Le passage dans le Service de Monsieur le Professeur agrégé Savy a marqué de son empreinte toute

la conception clinique du modeste étudiant que nous étions. Nous devons à l'enseignement de ce Maître, dont nous ne pourrons jamais oublier la bienveillance, toutes nos connaissances médicales. Qu'il soit assuré de notre vif et respectueux dévouement.

Tous nos respectueux remerciements vont également à nos Maîtres en Chirurgie : Monsieur le Professeur agrégé Dunet et Monsieur le Docteur Desgouttes, Chirurgien des Hôpitaux.

Monsieur le Professeur agrégé Garin nous a enseigné la Pathologie Coloniale avec une touchante bienveillance; nous l'en remercions très respectueusement.

Nous garderons un souvenir ému de M. le Docteur Courjon, Chef de Clinique psychiatrique de l'Université de Lyon. Jour par jour, heure par heure, il nous a initié méthodiquement aux difficultés de la Clinique mentale. Dans ses causeries, il nous a laissé entrevoir l'extrême richesse de l'analyse psychologique française et les larges horizons de la science moderne. Qu'il nous permette de l'assurer de notre respectueuse et dévouée reconnaissance.

Enfin, nous conserverons toujours un vif souvenir de nos camarades dont la société, souvent, nous a fait oublier les difficultés de la vie journalière.

ÉTUDE SOMMAIRE SUR L'ASSISTANCE AUX ALIÉNÉS DANS LES COLONIES

CHAPITRE PREMIER

Préambule. -- Historique.

L'assistance des aliénés aux colonies a subi le sort de cette même assistance dans les pays métropolitains. On comprend que dans les pays tropicaux les institutions d'assistance ont été moins parfaites encore que dans les pays métropolitains, et cela pour plusieurs raisons.

D'une part, les ressources du budget colonial obligent à restreindre au strict minimum les dépenses destinées à cet effet ; d'autre part, les races indigènes ont été trop souvent considérées, par les coloniaux et l'administration coloniale, comme intéressantes surtout au point de vue du travail physique qu'elles accomplissent : les maladies de l'esprit, chez elles, n'ont pas paru dignes d'être soignées.

En outre, dans certaines races, les fous sont considérés comme ayant un caractère religieux, d'où la difficulté de les traiter.

Il en résulte un retard évident de la législation des aliénés dans les colonies, et surtout un retard administratif d'assistance.

Nous ne nous proposons pas, dans cette étude, de traiter l'ensemble de ces problèmes, infiniment compliqués ; nous montrerons, au contraire, qu'il faut envisager différentes solutions dans les diverses colonies ; mais le moment est peut-être venu d'indiquer les principes généraux qui devront être appliqués aux colonies et permettront de résoudre le problème.

Dans les colonies françaises, auxquelles notre travail se rapporte principalement, on s'est surtout préoccupé de mettre les aliénés dans l'impossibilité de nuire. Leur traitement a été considéré jusqu'à aujourd'hui comme secondaire.

Du reste, la loi de 1838, qui régit en France les aliénés, correspond à une époque où l'on ne savait rien de psychose aiguës et très peu de chose des influences organiques générales.

Personne ne conteste aujourd'hui l'inconvénient de mettre les malades de catégories différentes dans les mêmes établissements, qui ne sont ni des prisons, ni des hôpitaux, et qui ne répondent pas à leur but.

Lorsqu'une colonie a cherché à résoudre un problème, elle l'a envisagé surtout, comme on fait en France jusqu'à présent, par la construction de grands asiles. Cette formule, qui est coûteuse, ne correspond pas aux nécessités médicales réelles ; nous espérons démontrer que celles-ci sont d'accord avec le principe d'économie.

La plupart des colonies françaises avaient, depuis

longtemps, des établissements publics et privés pour l'assistance des aliénés. Mais ces établissements étaient extrêmement incomplets, et, depuis fort longtemps, les aliénistes se sont occupés de la question, surtout en ce qui concerne l'Algérie qui, par sa proximité avec la métropole, ainsi que par sa population, constitue un problème de première importance.

De très nombreuses publications traduisent, surtout depuis 20 ans, l'insuffisance des moyens de traitement et la nécessité d'étudier différents projets.

Ces publications ont été résumées dans un rapport des plus importants, fait au Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, à Tunis, en avril 1912, et rédigé par M. H. REBOUL, médecin principal des troupes coloniales, et le Professeur E. RÉGIS, de Bordeaux.

Nous renvoyons à ce travail pour l'historique de la question. On y consultera avec fruit tout ce qui concerne les colonies étrangères.

Depuis ce moment, divers projets étaient à l'étude, notamment pour l'Afrique du Nord. La guerre, ainsi que les difficultés financières d'après guerre, les ont suspendus, ce qui fait qu'à l'heure actuelle, la question n'a pas fait un progrès bien sensible depuis le Congrès de Tunis.

Nous allons exposer, très sommairement, les notions nouvelles sur l'aliénation et son traitement, l'application de la question à la médecine coloniale, et nous terminerons par un plan schématique de l'organisation coloniale type.

CHAPITRE II

État de la question.

A. — Colonies Françaises.

1. — *Afrique du Nord.*

L'Afrique du Nord comprend l'Algérie, la Tunisie et le Maroc.

a) *Algérie.*

Depuis les premiers temps de la colonisation en Algérie, divers médecins ont proposé l'établissement d'un asile pour la colonie. Divers projets furent étudiés et, à deux reprises, la construction d'un asile fut commencée. Mais, pour diverses raisons, la question n'aboutit pas.

A l'heure actuelle, les aliénés de l'Algérie sont transportés dans certains asiles de la Métropole, notamment celui d'Aix, celui de Marseille, celui de Saint-Alban-de-Lozère et celui de Nice.

Cette pratique est absolument déplorable et elle a été critiquée bien des fois. Le transport se fait dans

des conditions inhumaines. Les Européens évacués d'Algérie, dans ces conditions, se trouvent éloignés de leurs familles, alors que souvent leur internement serait inutile.

Quant aux indigènes, ils se trouvent transportés dans un climat souvent pernicieux pour eux, et soumis à l'observation d'un infirmier et même d'un médecin incapables de les comprendre. Il est impossible, dans ces conditions, de se faire une opinion sur l'état mental d'un individu et l'on ne peut guère s'appuyer, pour juger cet état, que sur des réactions motrices et externes.

Le précédent gouverneur d'Algérie, M. STEEG, justement préoccupé de la situation, avait ressuscité un ancien projet tendant à la construction d'un grand asile du type français.

Une Commission, réunie en Algérie à cet effet, en mars 1924, avec pour expert technique et pour rapporteur, notre maître, M. le Professeur J. LÉPINE, fit prévaloir l'idée de constituer, avant le grand asile, nécessaire pour les malades chroniques, des services de traitement pour les cas aigus.

La question est étudiée actuellement dans ce sens.

b) *Tunisie.*

La situation, précisément, a fait un progrès par la création, à l'hôpital de Tunis, d'un pavillon d'isolement et de traitement des cas aigus, organisé par le Docteur POROT. Mais, pour l'hospitalisation des cas chroniques, la Tunisie fait également appel aux asiles

français de la Métropole. Toutefois, un très grand nombre de ces malades sont enfermés dans les établissements indigènes musulmans, qui sont uniquement des lieux de détention, ou bien restent en liberté.

c) *Maroc.*

La situation est à peu près la même au Maroc. Les établissements primitifs, dénommés *Maristans*, de caractère religieux, et uniquement musulmans, recueillent les aliénés considérés comme dangereux. L'existence de ces malades est lamentable. Ils sont, en général, enchaînés dans de véritables cachots et ne sont l'objet d'aucun traitement.

Un asile provisoire a été organisé par des moyens de fortune à Ber Rechid, par le Docteur DE LA BRETOIGNE DU MAZEL, ancien interne à l'asile de Bron, médecin des asiles.

Un service moderne de traitement est installé à l'hôpital de Casablanca.

2. — *Afrique Occidentale Française.*

Les malades de l'Afrique Occidentale Française ont à leur disposition quelques locaux d'isolement et de traitement, notamment dans les hôpitaux coloniaux et civils de Dakar et dans l'hôpital de Saint-Louis. Mais les malades dont le traitement se prolonge, sont évacués sur l'asile de Marseille, et nous retrouvons pour eux les mêmes inconvénients que pour les aliénés d'Algérie.

3. — *Afrique Equatoriale Française.*

L'Afrique Equatoriale Française ne possède, pour l'instant, soit à l'hôpital de Libreville, soit à celui de Brazzaville, que des locaux provisoires d'isolement. Il y a lieu d'envisager, dans cette colonie, servie jusqu'ici en parente pauvre, à cause de son éloignement, mais qui a un avenir si riche en promesses, toute une organisation d'assistance aux aliénés.

4. — *Madagascar.*

La population de Madagascar, qui correspond à un degré de civilisation plus avancée, a fourni plus facilement des ressources pour le traitement des aliénés, et plusieurs de ses hôpitaux, soit réalisés, soit en projet, comportent un pavillon d'internement, d'isolement et de traitement pour les aliénés. D'autre part, l'asile pour cinquante malades, existant à Itaosy, est reconnu insuffisant et doit être remplacé par un nouvel asile.

5. — *Indo-Chine.*

En Indo-Chine, il n'existe, jusqu'à présent, à notre connaissance, aucun asile complet d'aliénés, bien que la population soit de vingt millions d'habitants. Il existe seulement un pavillon d'isolement dans les principaux hôpitaux, mais insuffisant pour les moyens de traitement.

6. — *Autres colonies.*

Pour éviter les répétitions inutiles, nous indiquons simplement que les autres colonies ne possèdent aucune installation moderne. Beaucoup d'entre elles, notamment les Antilles, possèdent de vieilles maisons d'aliénés, qui sont plutôt des garderies dont l'insuffisance médicale est telle qu'elles ne peuvent pas être prises en considération ; et tout le travail d'organisation est réservé à l'avenir.

B. — Colonies Anglaises.

L'effort des Anglais, dans leurs colonies et pays de protection, a été considérable, représenté à l'heure actuelle par plus de quatre-vingts asiles entièrement modernes, pourvus de tous les perfectionnements désirés.

Les colonies asiatiques et l'Australie notamment, ont été l'objet d'une réforme bienfaisante dont les conséquences ont eu une répercussion considérable au point de vue de résultats obtenus. Cette réforme consiste en une maison de réception qui précède l'asile et qui est soit isolée, soit rattachée aux hôpitaux des **grands** centres.

En plus, plusieurs colonies anglaises ont appliqué des principes conçus uniquement en vue du traitement.

C. — Colonies Néerlandaises.

L'assistance, dans les Indes Néerlandaises, date de 1865 et a commencé par la création de plusieurs asiles qui sont complétés de plus en plus par l'hospitalisation dans les services des hôpitaux.

D. — Colonies Américaines.

Les Etats-Unis d'Amérique ont déjà appliqué dans leurs colonies et les contrées qu'ils occupent, les notions modernes de thérapeutique et d'hygiène mentales, qui sont, depuis plusieurs années, en grande faveur en Amérique du Nord.

Il y a notamment, dans la zone du Canal de Panama, un établissement pour le séjour des malades chroniques, construit dans ces dernières années et qui constitue un grand progrès sur les installations de ce genre. Les cas aigus sont traités dans les hôpitaux.

CHAPITRE III

Les notions nouvelles sur l'aliénation mentale et son traitement.

La grande différence qui existe, à l'heure actuelle, entre les exigences de la thérapeutique moderne et les dispositions de la loi de 1838, consiste dans la nécessité de séparer les malades aigus et les malades chroniques, de traiter les premiers et de les traiter assez précocement pour que ce traitement soit utile.

Il faut donc que le malade puisse être amené par sa famille, ou se présenter lui-même, dans des établissements ou des services qui ne sont pas officiellement consacrés aux aliénés et où on ne redoute pas de venir.

Ce n'est que dans un hôpital général que de telles conditions peuvent être réalisées.

Cette organisation a, en outre, l'avantage de faire bénéficier les malades de toute la sécurité d'un examen médical complet. Bien entendu, pour que la ré-

forme porte ses fruits, il faut prévoir également les dispensaires, c'est-à-dire des consultations gratuites et des organisations variées de traitement individuel. Cette clinique externe, lorsqu'elle est possible, constitue, en outre, une assurance contre les récidives et une véritable prophylaxie.

Nous verrons, en outre, que, pour les colonies notamment, les éléments de prophylaxie jouent un rôle considérable et peuvent être facilement réalisés par la lutte contre l'intoxication.

Les termes de cette thérapeutique moderne sont donc de ne réserver à l'asile que des malades qui ne peuvent être suffisamment traités dans les services faisant partie des hôpitaux généraux ou par les moyens de consultation externe. Il faut encore noter la nécessité d'isoler, parmi les chroniques, diverses catégories différentes.

CHAPITRE IV

Applications à la médecine coloniale.

Position du problème.

Comment peut-on appliquer à la médecine coloniale les notions récentes relatives au traitement des aliénés et comment en définitive se présente le problème ?

Il est évident qu'il comporte des solutions très différentes, suivant les pays, et qu'il n'y a aucun rapport entre les mesures à prendre en Algérie, d'une part, en Indo-Chine ou en Afrique Equatoriale Française d'autre part.

Les facteurs du problème sont le climat et les maladies qui s'y rattachent. Ce sont aussi des conditions de race où les différences sont considérables d'un pays à un autre.

Le climat a une double conséquence : il oriente le mode de construction et, en même temps il agit par lui-même et par la pathologie à laquelle il a donné

lieu. Le paludisme sous toutes ses formes, les maladies tropicales à retentissement hépatique sont à eux seuls capables de réaliser toute une psychiatrie particulière.

Rien n'est plus intéressant à cet égard que l'étude des congestions paludéennes ou celle des états de dépression consécutifs aux maladies intestinales débilitantes, comme la diarrhée des pays chauds.

Les races indigènes présentent, à l'égard de certaines causes de troubles mentaux, un élément variable de prédisposition ou d'immunité.

On sait combien la syphilis s'accompagne rarement de paralysie générale parmi les populations africaines. Certaines ont une vitalité extraordinaire, qui se manifeste aussi bien à l'égard de la fatigue nerveuse qu'à l'égard du traumatisme par exemple. D'autres, au contraire, sont peu résistantes, anémiées par le climat ou une nourriture mauvaises. Certaines ne connaissent pas d'intoxications ; les peuples islamiques, qui observent les prescriptions du Coran ne boivent pas d'alcool. Certaines races noires, au contraire, sont facilement la proie des intoxications ; de même, pour les races jaunes, victimes de l'opium.

En Afrique, diverses races primitives sont remarquablement ignorantes et superstitieuses. Elles sont prêtes à croire aux sortilèges les plus inattendus, et, par conséquent, en s'excitant sur les données de ce genre, à présenter des accès de délire mystique individuel ou collectif.

Ces quelques exemples, pris au hasard, montrent

combien le problème est varié et combien la solution diffère suivant la région.

Il y a néanmoins certaines règles générales à observer, comme nous les verrons plus loin, et qui se rencontrent partout. L'une de ces règles est de séparer, autant qu'on pourra, parmi les malades, l'élément blanc de l'élément indigène. Même dans la cure d'états mentaux à manifestation de peu d'importance, il existe un élément moral dont il faut tenir compte et en vertu duquel il n'est jamais bon de mettre ensemble des Européens et des indigènes. Bien entendu, en matière d'hospitalisation, cette séparation donnera lieu à des solutions différentes suivant les cas.

Dans les colonies, comme l'Afrique du Nord, l'espace à réserver aux Européens sera nécessairement important, car ils payent aux infections et aux intoxications un tribut proportionnellement beaucoup plus lourd que la population indigène. Pour cette raison, ils ont, toutes choses égales d'ailleurs, beaucoup plus d'aliénés.

Dans les colonies d'exploitation, comme celle du Centre-Afrique, des installations très simples d'isolement suffiront pour séparer les rares malades européens.

Parmi les Européens, il y aura, d'une part, les malades civils, de l'autre, les malades militaires. Car si le traitement est égal pour tous, les solutions, en ce qui concerne le rapatriement, la convalescence, seront différentes, suivant qu'il s'agit des colons libres, des fonctionnaires civils ou des militaires.

Il est donc nécessaire que l'organisation soit cons-

tituée en tenant compte, non seulement des conditions médicales théoriques, mais aussi des nécessités administratives, qu'elle s'adapte aux autres services de la colonie.

Il est enfin nécessaire d'apporter dans le traitement des divers cas un extrême discernement et de se garder d'appliquer à tous une même formule. Il faut tenir compte, à la fois, de l'intérêt médical, du bien du malade lui-même, et de son utilisation sociale : faire tout ce qu'il faut pour que ceux qui doivent guérir, guérissent, mais en tenant compte de ce que les malades sont capables de faire.

L'organisation de la famille, du clan, ou de la tribu de différentes races indigènes n'est pas comparable à celle de la famille française. Là où un Européen livré à lui-même risquerait de ne pas trouver son existence et périrait misérablement, un indigène atteint d'aliénation mentale calme, par exemple, pourra rester parfaitement en liberté, car il sera entouré des soins et parfois d'une sorte de vénération religieuse de sa tribu.

C'est ainsi qu'en Algérie il sera tout à fait inutile, et peut-être même nuisible, de chercher à hospitaliser les très nombreux indigènes atteints de débilité mentale, de délire mystique calme, qui vivent en liberté dans leurs *douars*, où ils sont à la fois entretenus, respectés comme ayant une communication mystérieuse avec Allah, et en même temps discrètement surveillés.

De même, il est nécessaire de chercher à utiliser par un travail approprié tous ceux qui en sont capables. A l'égard des indigènes dont la psychologie est

rudimentaire et auprès desquels aucune psychothérapie ne saurait valablement être tentée, le principe régulateur est le travail, surtout lorsqu'il ne s'accompagne pas de fatigue et qu'il se manifeste comme une habitude d'une activité normale.

CHAPITRE V

Plan d'une organisation coloniale.

Les principes qui précèdent étant posés, voyons comment, pratiquement, on pourra les appliquer dans une colonie déterminée. Qu'on ne perde pas de vue que l'assistance aux aliénés doit être précoce, variée et économique.

Nous examinerons successivement les diverses organisations qu'elle comporte.

1. — *Dépistage et premier traitement.*

Le dépistage des aliénés doit être fait par les médecins des divers services de la colonie, dûment avertis des avantages d'un traitement précoce. Sous peine de multiplier inutilement les postes d'observation, et pratiquement de voir ce premier traitement illusoire, en raison de longues distances à parcourir, il est indispensable que tous les médecins de la colonie aient une éducation psychiatrique d'urgence, comme ils en

ont une obstétricale ou chirurgicale. Il faut qu'ils sachent dresser, non seulement le diagnostic, mais le pronostic et l'évolution à prévoir, si un cas nécessitera un traitement prolongé, s'il est susceptible de devenir dangereux, ou s'il s'agit d'un incident aigu, infectieux, toxique ou simplement congestif, qu'une médication appropriée pourra transformer rapidement. On connaît bien aujourd'hui l'histoire et l'évolution du paludisme cérébral. Il y a vraisemblablement d'autres affections dans lesquelles la médication d'urgence éviterait des accidents graves.

Dans les grands centres, il sera possible d'affecter un médecin particulier à la consultation neuro-psychiatrique, mais pour que cette consultation porte ces fruits, il importe que la spécialisation du médecin ne soit pas trop grande et qu'il sache surtout connaître les retentissements psychiques de n'importe quel état pathologique ordinaire. C'est là surtout qu'on pourra faire la prophylaxie individuelle, si importante, soit à l'égard du paludisme, de la maladie du sommeil, d'une infection quelconque, soit à l'égard de l'alcoolisme ou d'une intoxication. C'est là qu'on pourra arrêter, par un traitement convenable, une quantité de troubles mentaux qui, sans cela, évolueront pour leur propre compte.

Pour que la surveillance et le traitement soient efficaces, il faut qu'on puisse se présenter sans honte et sans crainte à la consultation et que celle-ci ait, par conséquent, un caractère médical général.

2. — *Hospitalisation et observation.*

Lorsqu'il s'agit d'un cas plus grave, pour lequel les soins d'urgence sont nécessaires, avec cette remarque que les cas aigus comportent le plus souvent l'agitation, l'hospitalisation devient indispensable. Mais, de même que pour la consultation externe, elle doit être réalisée dans des locaux n'ayant, en apparence, rien de spécialisé.

C'est donc dans un hôpital ou dans une infirmerie ouvertes à toutes les espèces de maladies qu'il faut prévoir, loin du bruit, et autant que possible caché dans la végétation, un pavillon spécial pour les malades mentaux. Celui-ci comportera un nombre variable de lits, suivant la région à desservir, presque toujours un fort petit nombre. Les règles d'architecture hospitalière ne permettent guère, dans un pays tropical, l'isolement complet sous forme des cellules; et la nécessité de l'air conditionne la construction des chambres communes; mais il sera toujours utile de pouvoir cacher les uns aux autres les malades en traitement et maintenus généralement alités.

Un isolement plus complet pourra être réalisé dans les pays à climat tempéré, et l'architecture hospitalière pourra se rapprocher de celle d'Europe.

Quel que soit le mode de construction adopté, deux choses sont nécessaires pour que le médecin puisse traiter un malade avec succès. C'est, d'une part, l'installation aussi primitive que l'on voudra, mais néanmoins suffisante, d'un service d'hydrothérapie; et,

d'autre part, la présence d'un personnel stylé, attentif et dévoué.

Dans le traitement des psychoses aiguës, la valeur du personnel est décisive ; elle n'est pas moins importante que dans une infection générale. Avec un mauvais personnel, le dévouement ou la compétence d'un médecin sont impuissants, et le traitement est voué à l'échec. Une grosse question est le recrutement de ce personnel. Quel qu'il soit, il est permis de souhaiter que, dans les services de ce genre, il y ait le plus possible d'infirmiers diplômés, au moins pour la surveillance générale.

C'est une grosse erreur que de croire que les femmes ne sont pas indiquées pour diriger le personnel d'un service d'aliénés. Elles apportent, au contraire, lorsqu'elles ont la technique et les qualités personnelles convenables, un élément de régularité, d'une minutie dans la propreté et dans les soins, un point de vue moral, également, qu'il est quelquefois difficile d'obtenir avec un personnel masculin.

Le séjour dans un service spécial de psychiatrie, dans un hôpital, sera nécessairement d'une durée très variable. Lorsqu'un malade chronique sera introduit, il pourra être conduit à l'asile dès que le diagnostic sera établi. Il faut se garder de conserver inutilement les malades dans ces services de traitement, sous peine de leur voir perdre leur caractère temporaire. Dans le cas qui précède, le service fonctionnera comme service d'observation et de triage. Si, au contraire, il s'agit de traiter un cas aigu, de con-

fusion mentale, par exemple, il faudra nécessairement le garder un certain temps. A cet égard, aucune règle formelle ne pourra être établie. Mais, pour fixer les idées, on peut admettre qu'aucun malade qui n'est pas guéri dans un délai de trois mois, ne devra être maintenu dans un hôpital et devra continuer son traitement à l'asile. Mais il n'y a, à cet égard, rien d'absolu.

Certaines affections de durée plus courte ne pourraient pas, sauf exception, être conservées dans un hôpital, en raison du bruit que font les malades, ou du caractère dangereux de leur agitation, par exemple pour les alcooliques ou les épileptiques à équivalent psychique. En de telles circonstances, on sera obligé de faire rapidement le transfert à l'asile. Celui-ci ne doit donc pas être uniquement un lieu de détention des cas chroniques, mais aussi un séjour de traitement.

3. — *Internement.*

L'internement est un séjour dans un asile spécial uniquement consacré aux aliénés, où le malade se trouve détenu par l'autorité légale ou administrative. Il faudra, bien entendu, qu'une détention administrative soit possible pour retenir, même contre leur volonté, les malades à l'hôpital, dans les conditions que nous avons signalées plus haut.

L'asile est, en même temps, un hôpital de traitement, d'une part pour les malades curables à évolution prolongée, d'autre part pour les malades d'ordre chronique, atteints d'une maladie intercurrente quel-

conque, enfin pour les grands agités aigus, qui ne pourront pas être soignés à l'hôpital.

Il devra donc comporter une partie médicale, sans parler de celle dans laquelle les malades chroniques auront surtout besoin de dortoirs, sans installation particulière.

La disposition architecturale varie en pareil cas à l'infini, mais il est de bonne règle, comme c'est le cas le plus fréquent, d'orienter ces services autour d'une ligne médiane séparant les hommes des femmes. Il est bon aussi de reculer, le plus possible, les pavillons de grands agités, en les séparant de l'établissement par la masse des services généraux. Mais les circonstances de climat et d'opportunité seront décisives.

Il sera nécessaire, le plus souvent, que l'asile soit entouré de terrains de culture suffisants. Sans parler de l'économie qui en résulte pour la nourriture du personnel et des malades, une culture a chance de procurer une cure de distraction, indispensable au traitement lui-même.

4. — *Colonie Agricole.*

Dans les grandes colonies, où le nombre des aliénés est important, il peut se faire que parmi les débiles mentaux et délirants persécutés calmes, on trouve les éléments nécessaires pour l'organisation, en dehors de l'asile, d'un établissement particulier, consacré à la culture exclusivement, et dans lequel l'élément hôpital est extrêmement restreint. Les tentatives de ce genre ont été faites dans certaines colonies étrangères notamment. La formule sera très variable,

suivant les cas. Exceptionnellement, l'établissement pourra être constitué par une infirmerie centrale, les malades étant répartis de diverses manières aux alentours, parfois même dans la population, mais ce mode de placement familial, réalisé dans diverses colonies agricoles en Europe, ne s'applique guère aux pays de colonisation et, dans la règle, l'établissement agricole sera une sorte d'asile particulier.

5. — *Hospice pour les faibles d'esprit.*

Il existe toute une catégorie de sujets pour lesquels la législation métropolitaine hésite déjà, ne sachant s'ils doivent être considérés comme des malades d'hospice ou d'asile. Ce sont les faibles d'esprit, inoffensifs, capables d'un petit travail, mais trop peu régulier et constant, pour qu'on puisse les introduire dans l'équipe de travailleurs, ou bien des vieillards diminués, mais qu'il serait inhumain de mélanger aux aliénés chroniques et, à plus forte raison, à des agités.

Les lieux de retraite qui conviennent à cette catégorie sont variables. Pour des raisons d'économie, on les adjoindra, le plus souvent, soit à un hôpital, soit à un asile.

6. — *Placement en liberté surveillée.*

Nous avons indiqué déjà, à propos des aliénés d'Algérie, qu'assez souvent on pouvait laisser la liberté dans la tribu à certaines catégories d'aliénés tranquilles. L'expérience seule dira dans quelle mesure la chose sera possible.

CHAPITRE VI

Prophylaxie.

Au risque de nous répéter, il est nécessaire de préciser que la thérapeutique psychiatrique, dans les colonies, doit être, plus que dans les pays métropolitains, une médecine préventive. Les races y sont plus simples, les réactions individuelles moins variées. Elles subissent facilement l'effet direct de grandes maladies ou d'une intoxication importante. Cette dernière, l'alcoolisme surtout, forme, soit à titre unique, soit comme cause d'appoint, la principale raison d'être de l'aliénation de la population européenne dans les colonies.

Or, les pays qui sont sous le régime colonial, ou de protectorat, ou de mandat, sont, en fait, des régions où l'intervention des pouvoirs publics est absolument décisive. Déjà, les conventions internationales appuient les gouvernements dans leur lutte contre les grandes épidémies et sont en train de constituer une barrière contre les intoxications, comme l'opium.

Mais il appartient aux pouvoirs publics de prendre des mesures formelles et décisives contre l'alcoolisme : ces mesures seraient relativement simples. Il n'est pas permis de douter de leurs effets, et on peut compter que le jour où la loi serait appliquée, le problème dont nous avons indiqué les principes serait de beaucoup simplifié.

CONCLUSIONS

L'assistance aux aliénés dans les colonies françaises s'est inspirée jusqu'ici des dispositions de la loi de 1838, mieux faite pour isoler de la population restée saine les aliénés chroniques, que pour traiter véritablement les troubles mentaux.

Les législations britannique, américaine et hollandaise, en développant considérablement les services d'observation et de traitement dans les hôpitaux ordinaires, ont réalisé déjà un progrès considérable qui n'est qu'ébauché en France.

Ce progrès se manifeste dans l'assistance coloniale aux aliénés, notamment aux Indes Néerlandaises, dans diverses colonies anglaises et dans les institutions américaines de la zone du canal de Panama.

L'assistance coloniale aux aliénés doit, avant tout, être souple. Elle doit comporter le moins possible de vastes constructions, où se trouveraient fatalement mélangées des catégories différentes de malades, au détriment de leur traitement.

Elle doit laisser en liberté un certain nombre de malades inoffensifs. Elle doit soigner dans les hôpitaux ordinaires, convenablement aménagés à cet effet,

les cas aigus, particulièrement fréquents sous les tropiques.

Elle doit séparer soigneusement les diverses catégories de malades, aussi bien en ce qui concerne la nature de l'affection que la race des sujets.

Elle doit être avant tout prophylactique. A cet égard, la lutte systématique contre les grandes infections, l'amélioration de l'hygiène générale et surtout la suppression absolue de l'alcoolisme par autorité administrative sont les conditions essentielles de sa réalisation (1).

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

Vu :

J. LÉPINE

LE DOYEN,

JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 27 mai 1925

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER.

(1) Il nous a paru inutile de faire suivre ce travail d'une bibliographie, qui pour être équitable, aurait dû être considérable. Les éditions successives du *Précis de Psychiatrie* de RÉGIS en donnent les indications essentielles.

TABLE DES MATIERES

Avant-propos.....	7
Chapitre premier. — Préambule, - Historique....	9
Chapitre II. — Etat de la question.....	12
A. — Colonies françaises.....	12
B. — Colonies anglaises.....	16
C. — Colonies néerlandaises.....	17
D. — Colonies américaines.....	17
Chapitre III. — Les notions nouvelles sur l'aliéna- tion mentale et son traitement	18
Chapitre IV. — Applications à la médecine colo- niale. Position du problème.....	20
Chapitre V. — Plan d'une organisation coloniale .	25
Chapitre VI. — Prophylaxie	32
Conclusions.....	34
